Zur Kontroverse um das Mammographie-Screening

bcaction.de/zur-kontroverse-um-das-mammographie-screening

11. November 1999

(Last Updated On: 11. Mai 2016)
Zur Diskussion der Kontroverse um das Mammographie-Screening gab es im AKF im ein Arbeitstreffen. Fachexpertinnen hatten sich im September 1999 zu einem Meeting in Köln getroffen, um kontroverse Standpunkte auszutauschen. Dabei wurden aktueller Stand, kritische Punkte und Aspekte, die für Mammographie-Screening sprechen, diskutiert. Die wichtigsten Punkte halten wir hier zusammenfassend fest:

Stand, Daten, unbestrittene Faktoren im Zusammenhang mit der geplanten Etablierung eines Mammographie-Screening-Programms in Deutschland

- 42.000 Neuerkrankungen, 18.000 Todesfälle, jede 16. Frau erkrankt, jede 38. stirbt an den Folgen von Brustkrebs. [Ein Drittel der Erkrankungen tritt vor dem 60. Lebensjahr auf und ist eine existenzielle Bedrohung für die Betroffenen, die Gefahr laufen, vorzeitig zu versterben.
  (Zahlen aus Antwort der Bundesregierung, Deutscher Bundestag, Drucksache 13/6893, auf der Basis von Schätzungen, Zitat: *„Krebserkrankungsfälle in Deutschland vorgenommen. Nach dieser Schätzung treten jedes Jahr etwa 35 000 neue Fälle in den alten Bundesländern und 7 000 Fälle in den neuen Ländern auf. An Brustkrebs sterben jährlich ca. 15 000 Frauen in den alten Bundesländern und ca. 3 000 Frauen in den neuen Bundesländern.“*) Tatsächliche Zahlen und Krankheitsverläufe sind unbekannt.
- Eine statistische 30%ige Reduzierung des relativen Risikos, an Brustkrebs zu sterben, bedeutet auch: es besteht zugleich ein 70%iges Risiko, trotzdem an Brustkrebs zu sterben, wie die regelmäßig mammographierten Frauen auch.
- Qualitätsmängel bei der Durchführung der Mammographie, die bereits ab dem 35. Lj. durchgeführt werde, nach Überweisung, Willkür müsse beendet werden.
- Mit qualitätsgesichertem Mammographie-Screening-Programm soll Brustkrebs bekämpft werden.
- Im Brustkrebsmonat Oktober werde diese Forderung verstärkt erhoben.
- Bremen startet bald mit erstem Pilotprojekt in der BRD
- In Aachen wird eine entsprechende Initiative noch blockiert
- Dritte Modellregion soll folgen.
- Die Modellprojekte dienen als Test für die Implementation des Programms und der technischen Infrastruktur, nicht der Überprüfung des Nutzens und Schadens durch Mammographie-Screening.
- Einführung eines Krebsregisters ist vorrangig, um Daten zum Verlauf und als Grundlage für Studien verfügbar zu machen. Aufbau dauert 20 Jahre.
- Qualitätssicherung bei der Durchführung von ist unumstritten
- Wildes Mammographieren muss gestoppt werden
- Fraueninformation darf Angst von Frauen nicht ausnutzen, keine Appelle an „Verantwortungsbewusstsein“
- Fraueninformation muss Vor- UND Nachteile nennen
- Entscheidung muss auf informed consent (informiertes Einverständnis) beruhen.

- Recht auf Nichtwissen und Anerkennung dafür, dass es auch gute Gründe gibt, nicht am Screening teilzunehmen
- Qualitätsanforderungen aus EU-Leitlinien: spezielle Ausbildung der Röntgenärzte, min. 5000 Beurteilungen pro Radiologe jährlich, unabhängige Doppelbefundung, tägliche Überprüfung der technischen Ausstattung wegen Strahlenbelastung
- Qualitätsanforderungen müssen auch für kurative Mammographie etabliert sein (EU-Standards).
- Anspruch auf qualitätsgesicherte Behandlung von Brustkrebs

Kritik: Nutzlos, teuer, schädlich

- Perl stellte in einem Rundschreiben eine positive Nutzen-Schaden-Bilanz, wie die der Studienergebnisse von Sjönell und Stahle, Lakardidningen v. 24.02.1999 aus Schweden grundsätzlich in Frage: Die Gesamtmortalität sei demnach nicht wie erwartet um 28%, sondern nur um 0.8% zurückgegangen, ein „nicht signifikantes“ Ergebnis, das auch zufällig hätte entstehen können. Sie fordert, keine Anstrengungen für die Etablierung eines Programms zu unternehmen.
- Methodische Mängel der genannten Studie (Daten aus der Einwohnerstatistik und dem Krebsregister seien nicht detailliert genug, Mischmasch aus Frauen, die nicht teilgenommen haben, Frauen die bereits vorher erkrankt waren, etc.)
- Es gäbe ferner in D nicht die „optimale Organisation“ wie in Schweden.
- Eine Dokumentation mit Krebsregister sei nicht gegeben.
- Kanadische Studie findet keinen Überlebensvorteil für Screening-Teilnehmerinnen.
- Metastasierung beginne bereits vor Tumor in Mammographie entdeckt sei. Der Unterschied einer Detektion eines 0,5 cm großen Tumors (bei der 27. Teilung) und eines 1 cm großen Tumors (bei der 30. Teilung) sei nicht groß (Perl)
- Vorverlegung der Diagnose verlängert lediglich die Überlebenszeit nach Diagnose, nicht aber die Lebenszeit einer Frau (Perl), es gäbe keine Studie, die das Sterbealter mit erhebe.
- Verlängerung der Leidenszeit bei Einbußen der Lebensqualität, nicht aber zwangsläufig auch der Nutzen der Verlängerung der Lebenszeit für im Screening an Brustkrebs diagnostizierte Betroffene
- Im Screening werden mehr Tumorerkrankungen mit langsamen Verläufen werden diagnostiziert (Längenverzerrung).
- In Screening werden mehr Erkrankungen, die nicht tödlich verlaufen, diagnostiziert. Diese „Überdiagnose“ betrage 30% und bewirke, dass sich statistisch in Screening-Gruppen eine langsamere Absterberate zeige, (was demnach aber auch nur ein Verzerrungseffekt ist)
- Hohe Anzahl (15%) falsch-positive Befunde mit der Folge unnötiger medizinischer Eingriffe, psychische Folgeerscheinungen (Perl)
- Biopsieraten sind 10fach höher als Karzinom-Enteckungsrate, so zeigen es Kanada und die USA (Perl)
- Randomisierung in Studien war fehlerhaft. (Perl)

Pro Mammographie-Screening

- Studien aus Schweden haben eindeutigen Überlebensvorteil gezeigt (Spelsberg)
- Randomisierte Studien vermeiden die genannten Fehlerquellen (Spelsberg)
- Anzahl von Biopsie-Indikationen bleibt niedrig wie in Schweden, wenn Qualität eingehalten wird (Spelsberg)
- Mammographie-Befürworterinnen sollen/wollen nicht noch jahrelang auf Zugang warten, da die Datenlage aus dem Ausland evident sei.

Die Inhalte dieses Beitrags sind Essentials aus dem Artikel: Mammographie-Screening: Eine umstrittene Forderung im AKF, erschienen in: AKF-Information, Jg.1, Ausgabe 2 v. Oktober 1999